Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 247 Acute zorg

Nr. 224

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 juni 2016

Op 19 mei jongstleden heeft TraumaNet AMC de «Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit» gepubliceerd. Hierbij ontvangt u mijn reactie op deze brief, zoals toegezegd tijdens het vragenuurtje op 24 mei jongstleden en conform het verzoek van het lid Bruins Slot dat is gedaan tijdens het ordedebat van 24 mei jongstleden.

Het signaal van Traumanet AMC dat SEH's de patiëntenstroom niet aankunnen neem ik zeer serieus. Iedereen die acute zorg nodig heeft moet binnen redelijke tijd deze zorg kunnen krijgen. Patiënten moeten in principe binnen 45 minuten na een melding op de spoedeisende hulp kunnen zijn, en ter plekke binnen redelijke tijd kunnen worden behandeld. Het mag niet zo zijn dat het regelmatig voorkomt dat patiënten uren op spoedeisende zorg moeten wachten.

De toename van het aantal ouderen op de SEH was mij bekend, maar dat geldt niet voor het signaal dat SEH's in zijn algemeenheid de patiëntenstroom niet aankunnen en ook niet dat daarbij sprake zou zijn van een landelijk beeld. Met name op SEH's, waar patiënten met acute zorgvragen komen, dient de zorgverlening soepel en snel te kunnen verlopen; ook vanwege de hoge druk die dit type werk legt op het personeel dat met hart en ziel, dag en nacht op een spoedeisende hulp werkt.

Na ontvangst van de brief van Traumanet AMC heb ik de briefschrijvers uitgenodigd voor overleg. Dit overleg tussen artsen van het AMC en het OLVG, medewerkers van Traumanet AMC en medewerkers van het Ministerie van VWS heeft plaatsgevonden op donderdag 26 mei, op locatie bij het AMC. Ik heb het zeer gewaardeerd dat dit gesprek op zo'n korte termijn plaats kon vinden. Doel van dit eerste gesprek was met name om nadere verheldering van de boodschap uit de brief te krijgen en om de aard en intensiteit van de problematiek en de rollen en verantwoordelijkheden in de acute zorgketen in de regio Amsterdam te bespreken. Er is ook een aantal afspraken gemaakt.

kst-29247-224
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

Tijdens het gesprek hebben de briefschrijvers aangegeven dat de ziekenhuizen en meldkamers ambulancezorg sinds september 2012 via een ICT-applicatie inzicht hebben in de capaciteit van de ziekenhuizen in de regio. Ik vind het positief dat zij daardoor een goed inzicht hebben in de locaties waar patiëntenstops zijn, als ook in de frequentie van het aantal stops. Overigens hebben de auteurs hun definitie van een patiëntenstop verhelderd. Een (tijdelijke) stop kan worden afgekondigd voor de gehele SEH, maar ook bijvoorbeeld alleen voor de eerste harthulp of de shockroom. Zij hechtten eraan te verduidelijken dat een «stop» niet betekent dat de betreffende afdeling in absolute zin is gesloten voor nieuwe patiënten; het is een signaal aan de ambulancedienst dat het erg druk is op de betreffende afdeling en dat het beter is om naar een ander ziekenhuis te rijden dat een paar minuten verder weg ligt, als de zorg daar sneller kan worden verleend. Patiënten en ambulances zullen bij acute nood altijd terecht kunnen op deze SEH's. Dat neemt uiteraard niet weg dat het onwenselijk is als SEH's meer dan incidenteel met een zodanig hoge druk te maken krijgen dat zij dergelijke stops moeten afkondigen.

De auteurs van de brief hebben als mogelijke oorzaken voor de toegenomen drukte op de SEH de toename van het aantal kwetsbare ouderen dat langer thuis blijft wonen, maar ook meer in het algemeen een toename van patiënten met meerdere aandoeningen en daarmee een grotere zorgzwaarte genoemd, het in het algemeen verkorten van de opnameduur, en een gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. Zij ervaren ook dat niet altijd sprake is van een soepele en snelle uitstroom vanuit de SEH's naar bijvoorbeeld opname in een ziekenhuis en naar eerstelijns verblijf en verpleeghuizen. Uit het gesprek kwam naar voren dat de oplossing voor dit probleem niet kan worden gevonden door het aanpakken van één van de oorzaken. De gehele keten, van ambulancedienst, gemeente, wijkverpleegkundige en huisarts tot kortdurend verblijfinstelling, ziekenhuis en langdurige zorginstelling moet worden betrokken. Samen moet worden gezocht naar praktische oplossingen in de regio.

Het is nog niet zo makkelijk om de hele keten gezamenlijk in beweging te krijgen. Ik vind het positief dat TraumaNet AMC dit nu oppakt. Traumanet AMC spreekt hier al regelmatig over met de partijen die onderdeel uitmaken van het acute zorgnetwerk – naast de ziekenhuizen ook onder meer de ambulancediensten, GGD en huisartsenposten – maar zal dit nu uitbreiden met alle betrokken partijen uit de regio Amsterdam. Er zal op korte termijn een ronde tafel overleg worden georganiseerd met alle betrokken partners uit de keten. Tijdens dit overleg zullen de partijen gezamenlijk inventariseren hoe zij elkaar (beter) kunnen helpen en tegen welke problemen zij daarbij aanlopen. Bekeken zal worden in hoeverre sprake is van praktische dan wel meer structurele problemen, wie welke rol hierin heeft en hoe deze problemen kunnen worden opgelost. Het doel van dit overleg is om goede samenwerkingsafspraken te maken, opdat de zorg aansluit bij de behoeften van de patiënten. Het VWS Praktijkteam Zorg op de juiste plek, dat is opgericht om regionale partijen die daarom vragen te ondersteunen bij het maken van dergelijke samenwerkingsafspraken specifiek gericht op de overdracht van kwetsbare ouderen tussen thuis, ziekenhuis en kortdurend verblijf instellingen, zal de partijen hierbij ondersteunen.

Ook de zorgverzekeraars hebben aangegeven aan te sluiten bij dit overleg. De belangrijkste zorgverzekeraar in de regio Amsterdam heeft mij desgevraagd laten weten reeds samen met de zorgaanbieders en andere betrokken partijen in overleg te zijn om een aantal van de genoemde problemen op te lossen en de aansluiting tussen de partijen in de keten te verbeteren. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de optimale inzet en

afstemming tussen onder meer sociale wijkteams, wijkzorg, huisartsen en ambulancezorg; specifieke aandacht voor kwetsbare ouderen, chronisch zieken en GGZ; het versterken van de positie van de HAP en het ontlasten van SEH's; verbeterplannen met betrekking tot de spreiding en uitvoering van ambulancezorg in de regio's; en het verbeteren van de doorstroming in de keten (van ziekenhuis naar langdurige zorg of huis). Mede naar aanleiding van de brief van TraumaNet AMC zal de verzekeraar de komende weken in gesprek met de relevante partijen bekijken op welke van deze gebieden zij nog een versnelling kunnen aanbrengen.

Ook zijn en worden er door mij reeds verschillende maatregelen genomen om de (keten)zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Zo heb ik een subsidieregeling in het leven geroepen voor eerstelijns verblijf, en het financieel kader daarvoor tot tweemaal toe verhoogd (tot € 180 miljoen in 2016) om te voorkomen dat er wachtlijsten voor deze zorg zouden ontstaan. Per 2017 zal het eerstelijns verblijf onderdeel uitmaken van het basispakket van de Zorgverzekeringswet; hierdoor komt er meer duidelijkheid voor patiënten en zorgverleners en sluit de zorg beter aan op de individuele wensen van patiënten (Kamerstuk 34 104, nr. 125). Door een goed functionerend eerstelijns verblijf kunnen mensen sneller uitstromen uit de spoedeisende hulp. U ontvangt separaat een Kamerbrief met een overzicht van alle veranderingen die zijn en worden doorgevoerd om de keten van zorg voor kwetsbare ouderen die langer thuis wonen te verbeteren.

De samenwerking in de keten heeft ook de aandacht van partijen. Zo hebben InEen en ActiZ recent de handreiking «regionale samenwerkingsafspraken Huisartsenposten + acute ouderenzorg» uitgebracht, die lokale hulpverleners helpt om de acute zorg voor ouderen te organiseren. Ook zal de zorg voor kwetsbare ouderen in de spoedzorgketen aan bod komen in het Kwaliteitskader Spoedzorg, dat momenteel wordt ontwikkeld.

In het kader van de brief van TraumaNet AMC heb ik tot slot met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) afgesproken dat het LNAZ in gesprek gaat met de elf regionale acute zorgnetwerken in Nederland om te onderzoeken of daar ook problemen worden ervaren met de toegang tot SEH zorg en zo ja, wat daarvan de aard en omvang is. Hiermee wordt beoogd in beeld te brengen in hoeverre de problematiek die Traumanet AMC ervaart in andere acute zorg regio's speelt.

Ik zal u na de zomer informeren over de uitkomsten van het ronde tafel overleg in de regio Amsterdam en het onderzoek door het LNAZ.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers